Anexă

la Regulamentul privind modul de comunicare dintre instituţiile medico–sanitare, instituţiile de sănătate publică

# şi mijloacele mass–media a informaţiilor care se referă la copii

**Formular pentru reprezentanţii mass–media**

**SOLICITARE ACCES INFORMATIE PRIVITOARE LA**

**COPIII AFLAŢI ÎN SITUAŢIE DE RISC**

Subsemnatul, ……………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................

angajat al (indicaţi instituţia mass media pe care o reprezentaţi) ………………………………………………......................................................................................,

solicit informaţie despre ..……………………………………………………………………………………………….…………..…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………….……………….……………….

………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………..………………………................................................................................................................................

Îmi asum angajamentul de a proteja identitatea copilului şi de a nu furniza informaţii, imagini foto şi video ce pot conduce la identificarea:

- copilului victimă a violenţei fizice sau exploatării sexuale;

- copilului victimă a traficului de persoane;

- copilului care a săvîrşit tentative de suicid;

- copilului suferind de tulburări psihice;

- copilului cu infecţia HIV sau bolnav SIDA;

- copilului bolnav de maladii oncologice, tuberculoză, boli venerice;

- copilului consumator de droguri;

- copilului aflat în alte situaţii de risc.

Intervievarea copiilor de pînă la 10 ani se face cu acordul prealabil al părinţilor sau altor reprezentanţi legali.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sunt de acord  cu intervievarea  copilului minor | Reprezentantul legal al minorului  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nume Prenume | “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_  Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Semnătura reprezentantului legal |

Intervievarea copilului care a atins vîrsta de 10 ani se va face cu acordul prealabil al copilului şi acordul prealabil al părinţilor sau altor reprezentanţi legali.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sunt de acord  cu intervievarea | Copilul minor  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nume Prenume | “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_  Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Semnătura copilului minor |

Notă: Acest formular vine în sprijinul asigurării respectării Legii cu privire la protecţia copiilor împotriva impactului negativ al informaţiei nr. 30 din 07 martie 2013, precum şi al protejării demnităţii copilului, promovării interesului superior al acestuia.

**Data:** **Semnătura reprezentantului mass–media:**